

El Problema

de la

Tuberculosis en la provincia de León

y

Labor

del

Dispensario Antituberculoso Central

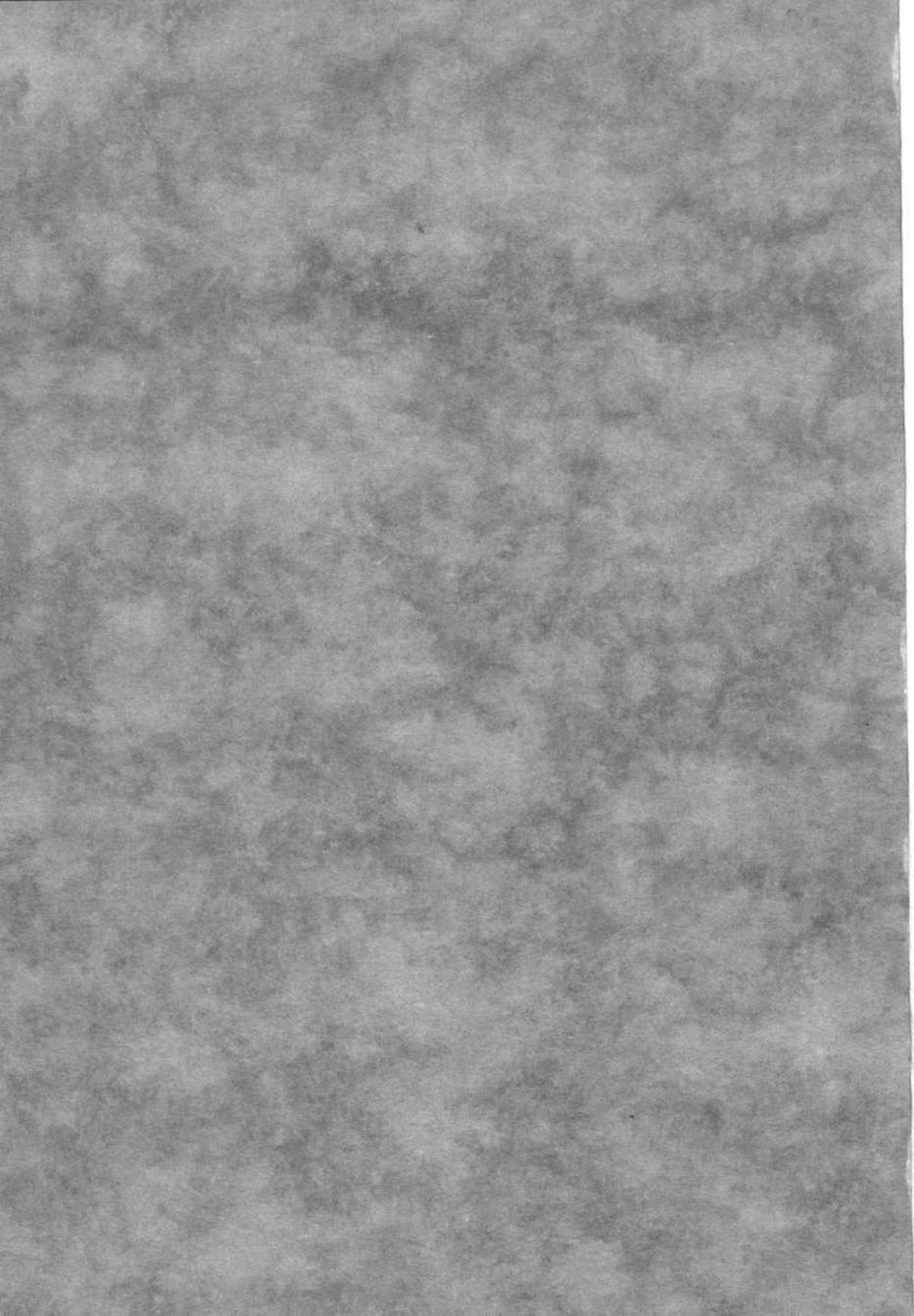


Dr. J. Vega Villalonga

Inspector Provincial de Sanidad

Dr. F. García-Lorenzana

Director interino del Dispensario



EL PROBLEMA
DE LA TUBERCULOSIS
EN LA PROVINCIA DE LEON

DR. J. VEGA VILLALONGA



EL PROBLEMA
DE LA TUBERCULOSIS
EN LA PROVINCIA DE LEÓN

DR. J. VEGA VILLALONGA

En el transcurso de estos diez últimos años, plazo de nuestra actuación al frente de la Inspección Provincial, hemos logrado imprimir a la Sanidad un rumbo técnico-eficiente acompañado a la feliz evolución llevada a cabo en España por la Dirección General de Sanidad.

En otras publicaciones nuestras hemos hecho resaltar el volumen de trabajo y puntos esenciales de facetas distintas a la lucha antituberculosa. Hoy vamos a esquematizar algunos puntos del problema de la tuberculosis en la provincia, que completaremos ampliándolos con los de España y provincias limítrofes.

La situación geográfica de León, especialmente su vecindad con provincias de índice oficial elevado en morbilidad y mortalidad por tuberculosis (Asturias, Santander y Galicia), así como la falta absoluta que habrá de armamento antituberculoso, justifican la preferencia con que catalogamos el problema de la tuberculosis y el apremio con que solicitábamos del Estado, Provincia y Municipio, medios para afrontarlo.

Era lógico, antes de llevar a la realidad cualquier medida de lucha, conocer la magnitud de la infección, tanto de León como de las provincias limítrofes, aun cuando la falta absoluta de acotamiento estadístico de morbilidad y mortalidad iban a sembrar de obstáculos nuestro propósito. Hemos tenido que concretarnos a catalogar cifras de mortalidad que sin ser fuentes puras de información son, al menos, los únicos datos oficiales en los que podemos apoyar todo trabajo estadístico básico, aun cuando señalemos errores de recopilación, diagnóstico exacto en el encasillado de la nomenclatura oficial, etc., de que adolecen nuestras informaciones numéricas de morta-

lidad. R. Rosenfeld (1), en un muy interesante trabajo trata de los errores que se cometen en la recopilación estadística de mortalidad, de las correcciones precisas y de su valor final.

La intensidad de la endemia tuberculosa en la provincia de León, y su comparación con la de España, la exponemos en el cuadro núm. 1 y en el gráfico núm. 1.

Es interesante en orden de lucha ordenada conocer la magnitud que la tuberculosis alcanza en los Distritos que se divide la provincia y poder relacionar la influencia que la vecindad de otras provincias pudiera imprimir en la evolución de la endemia (gráficos núms. 2 y 3).

De su examen es posible sacar consideraciones interesantes que luego expresaremos al señalar las características que a la lucha antituberculosa debe imprimirse en esta provincia si se pretende sacar su mayor eficacia. Por de pronto consignemos, como nota destacada de este gráfico, el mayor volumen de tuberculosos en los Distritos de La Vecilla, Villafranca, Murias y Astorga, colindantes con las provincias de Asturias y Galicia.

Destaca el Distrito de Riaño con el coeficiente más bajo de mortalidad de la provincia, a pesar de su vecindad con la de Santander, que oficialmente tiene uno de los índices más elevados en mortalidad. Podemos aceptar como una explicación lógica el escaso intercambio entre las dos provincias, debido a la falta (hasta hace un año) de toda vía de comunicación directa, y a la incomunicación forzosa que durante la mitad del año, por lo menos, sufren los habitantes por efecto de los temporales de nieve.

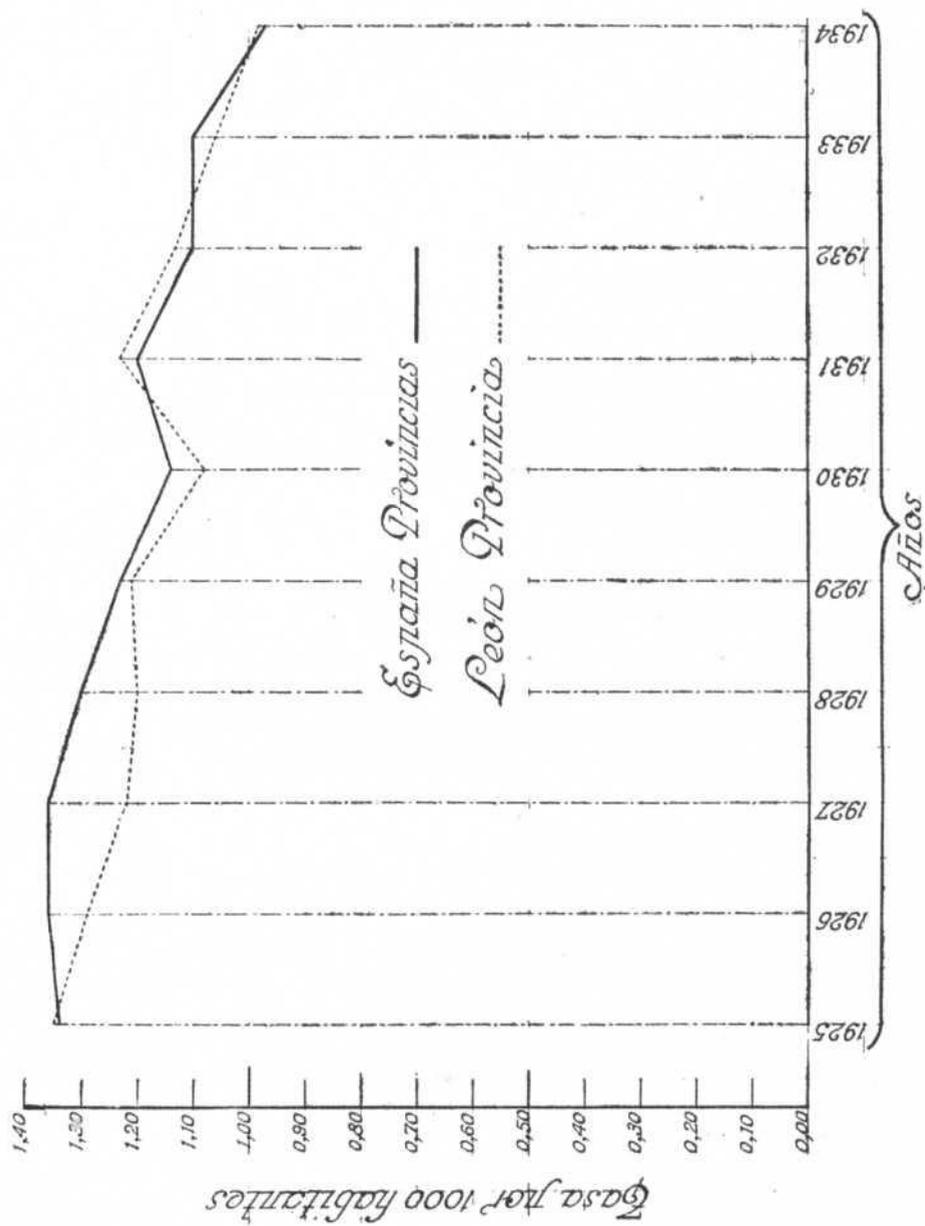
Por otra parte, indiquemos también la circunstancia, digna de tenerse en cuenta, de que el límite de León con la provin-

(1) Rosenfeld, Die Tuberkulosestatistik, Societe des Nations, 1925.

Tuberculosis media del decenio 1925 a 1934

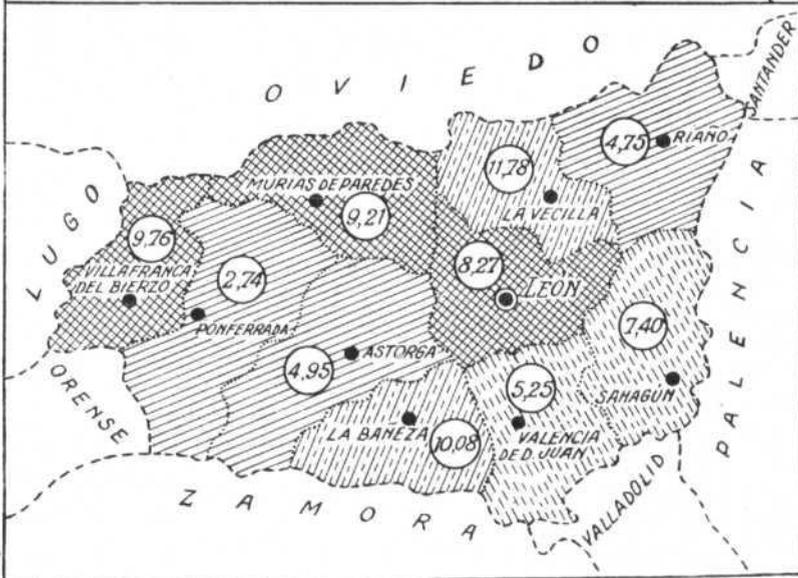
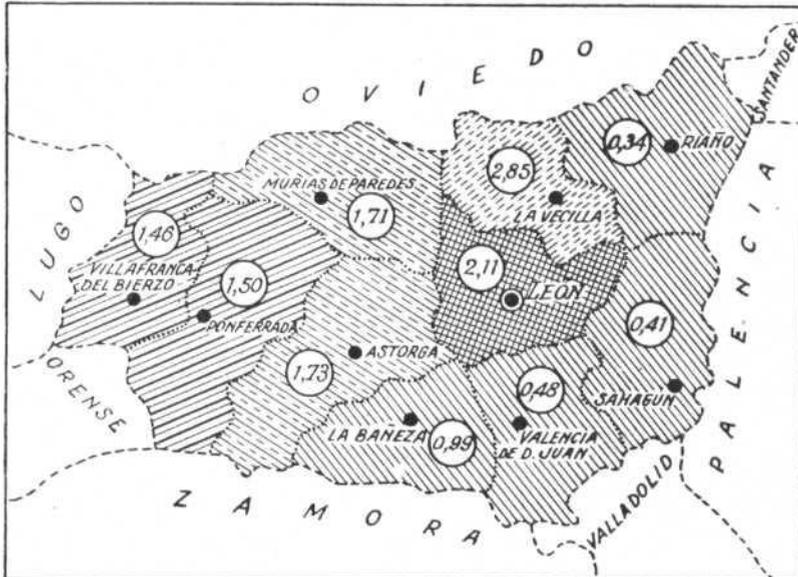
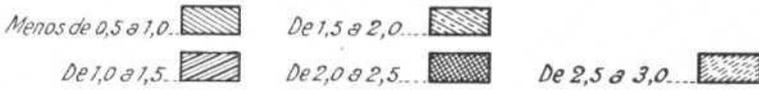
España	1,19	León	1,17
Alava	1,23	Lérida	0,81
Albacete	0,94	Logroño	1,14
Alicante	1,31	Lugo	1,13
Almería	1,03	Madrid	2,00
Ávila	0,93	Málaga	1,51
Badajoz	1,14	Murcia	1,26
Baleares	1,12	Navarra	0,98
Barcelona	1,46	Orense	0,80
Burgos	1,06	Oviedo	1,85
Cáceres	1,23	Palencia	1,24
Cádiz	2,02	Pontevedra	1,80
Canarias	1,09	Salamanca	1,21
Castellón	1,15	Santander	2,18
Ciudad Real	0,93	Segovia	0,84
Córdoba	1,17	Sevilla	2,22
Coruña	1,94	Soria	0,81
Cuenca	0,72	Tarragona	0,90
Gerona	1,24	Teruel	0,60
Granada	0,89	Toledo	0,89
Guadalajara	0,65	Valencia	1,23
Guipúzcoa	1,48	Valladolid	1,35
Huelva	1,74	Vizcaya	1,82
Huesca	0,87	Zamora	0,97
Jaén	1,01	Zaragoza	0,80

Mortalidad por tuberculosis en España y León durante el decenio 1925 a 1934



Mortalidad por tuberculosis (conforme datos declarados) en los Distritos judiciales de la Provincia.

Tasa por 1.000 habitantes



Morbilidad por tuberculosis (conforme datos declarados) en los Distritos judiciales de la Provincia.

Tasa por 1.000 habitantes

cia de Santander se mantiene por el Distrito de Potes, zona de la más despoblada de la región montañesa y de índice bajo de mortalidad por tuberculosis. Podemos asegurar que hasta hace menos de un año, el intercambio de León y Santander se ha hecho a través de Asturias o de la provincia de Palencia, lo cual ha impedido la convivencia de los enfermos de Santander con los habitantes del Distrito de Riaño.

León (capital), aun cuando figura con la más elevada tasa, no hemos de dar valor absoluto a sus cifras, por contribuir sin duda alguna a su inflación las especiales características que rodean a toda capital de provincia al radicar en su seno los Establecimientos hospitalarios y benéficos.

¿Qué razones podemos aducir para explicar esta preferencia que se observa en la distribución de la tuberculosis en la provincia? Son fundamentos quizá complejos por la variedad de factores con que se podría argumentar. Bien pudiera admitirse como principal causa, el hecho evidente de constituir estos Distritos, sobre todo La Vecilla y Murias de Paredes, centro de atracción para los enfermos tuberculosos procedentes de Asturias y Galicia.

Ya en otra publicación nuestra, propósito de la lucha antituberculosa en la provincia de León, hacíamos resaltar la probable tuberculización más intensa de estos Distritos por la convivencia casi íntima que se establece, de hecho, entre los enfermos contagiosos y los vecinos sanos, quienes por resolver parte de su problema económico no se detienen ante un riesgo notorio, permitiendo por un puñado de pesetas el alojamiento de estos tuberculosos en sus propias viviendas carentes, en su mayoría, de condiciones para poder llevar a cabo un aislamiento absoluto. Por otra parte, el fondo de cultura sanitaria de la población rural es tan pobre, que aleja la

práctica de toda medida de orden sanitario aconsejada por los Médicos.

Son varios los casos que tenemos registrados de familias sanas, que por las circunstancias apuntadas, al cabo de un período de tiempo más o menos variable, prende en el seno de la misma la semilla tuberculosa con un carácter de expansión y gravedad serio.

No hemos de despreciar otros factores muy característicos de la endemia tuberculosa, aun cuando hoy nos fuera dable tan solo admitir su influencia sobre la evolución de lesiones ya constituidas, como son el grado mayor o menor de soleamiento, la cifra de humedad absoluta y relativa, etc.; en una palabra, los tres elementos que Schröder señala para el clima: refrigeración, desecación e irradiación.

Con idénticas características, en cuanto a sus relaciones con provincias de tasa alta de mortalidad por tuberculosis, figura Badajoz (Sevilla, 2,5 por mil; Huelva, 2,25; Córdoba y Cáceres, con 1,75), y a pesar de ello, su coeficiente de mortalidad es de las más bajas de la península.

Nos encontramos en León con un grado de endemia tuberculosa declarada no despreciable, con tendencia a descender, siguiendo la característica general. Sin embargo, no hemos de perder de vista un factor de franca importancia epidemiológica que forzosamente ha de influir en el sostenimiento y hasta en un posible aumento de la endemia en esta provincia, constituido por el ingreso incesante de enfermos en período seriamente peligroso de contagio procedentes de Asturias, muy principalmente, que buscan los recursos climáticos de orden terapéutico carentes en sus provincias de residencia.

Los datos estadísticos demuestran disminución de la mortalidad por tuberculosis en León. ¿Esto quiere decir que la mor-

bilidad se producirá en igual sentido? La pregunta no es fácil de contestar, aun cuando en orden a importancia sea el dato de máximo valor para el Sanitario. Las dificultades que tropezamos para valorar este factor se multiplican, siendo la principal la falta de declaración de enfermos, limitado en el mejor de los casos, a los francamente inocultables.

Gottstein (1) calcula que tan sólo un 50 por 100 son registrados en los servicios estadísticos; Burnet (2) hace resaltar que las declaraciones en Francia, no obligatoria, durante el año 1927 se concretaron a 25.666 casos de tuberculosis pulmonar, a pesar de que los Dispensarios en el mismo año diagnosticaron 43.714 casos nuevos, con un total de 70.000 defunciones aproximadamente.

Hasta tanto se llégue a una perfecta organización declaratoria de casos, es norma admitida entre Tisiólogos y Sanitarios, fijar un factor que multiplicado por la cifra de mortalidad, nos dé, aproximadamente, la morbilidad.

La diversidad de criterio en la elección de este factor, expresa la poca concordancia que puede existir entre los datos recopilados en los distintos países, a tiempo que demuestra la confusión reinante sobre este interesante punto estadístico.

Así, en la curiosa demostración de Framingham, se fija para cada óbito por tuberculosis tres casos de tuberculosis abierta y nueve en actividad; en cambio Nederlulea (Suecia) lo eleva a cinco y quince respectivamente, y Braeuning, en su experiencia del Dispensario (Stettin) lo fija en tres para la tuberculosis pulmonar y 3,5 para la tuberculosis de todas formas.

(1) Gottstein, Allgemeine Epidemiologie der tuberkulose 1931.

(2) Burnet, La prophylaxie de la tuberculose 1932.

Sentemos, por tanto, un hecho curioso, que la lucha anti-tuberculosa ha sido emprendida en todos los países a base del registro de defunciones, no de los enfermos, que lógicamente debe ser lo fundamental. De aquí que no sea fácil asegurar si la disminución de la mortalidad que se observa es consecuencia del perfeccionamiento del tratamiento o de la disminución del número de enfermos.

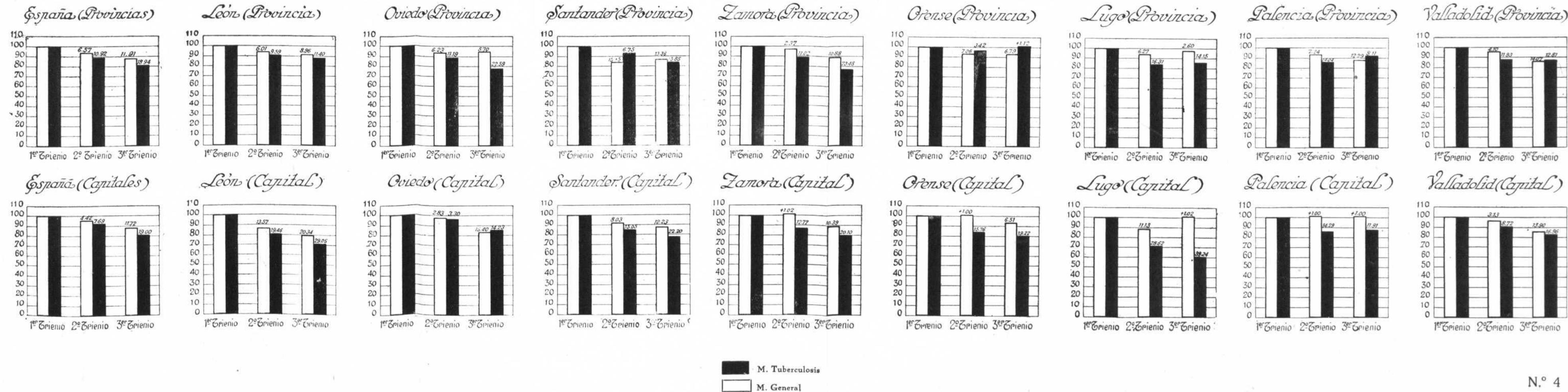
Otro hecho evidente es la tendencia de la mortalidad a disminuir, en casi todos los países civilizados, si bien esta disminución figure sujeta a variaciones de lugar y tiempo que fácilmente pueden evidenciarse no sólo dentro de cada nación, sino que dentro de la misma nación, varía en cada provincia, y dentro de la provincia en cada Distrito.

Rosenfeld sienta, en su notable trabajo, el criterio interesante de no dar valor a la disminución por tuberculosis más que en aquellos casos en que su baja sea superior a la registrada por la mortalidad general. Tan sólo en estas condiciones debe aceptarse como real la baja observada en tuberculosis, máxime si se tiene en cuenta que la perfección de medios diagnósticos lógicamente debe haber aumentado el número de casos a declarar.

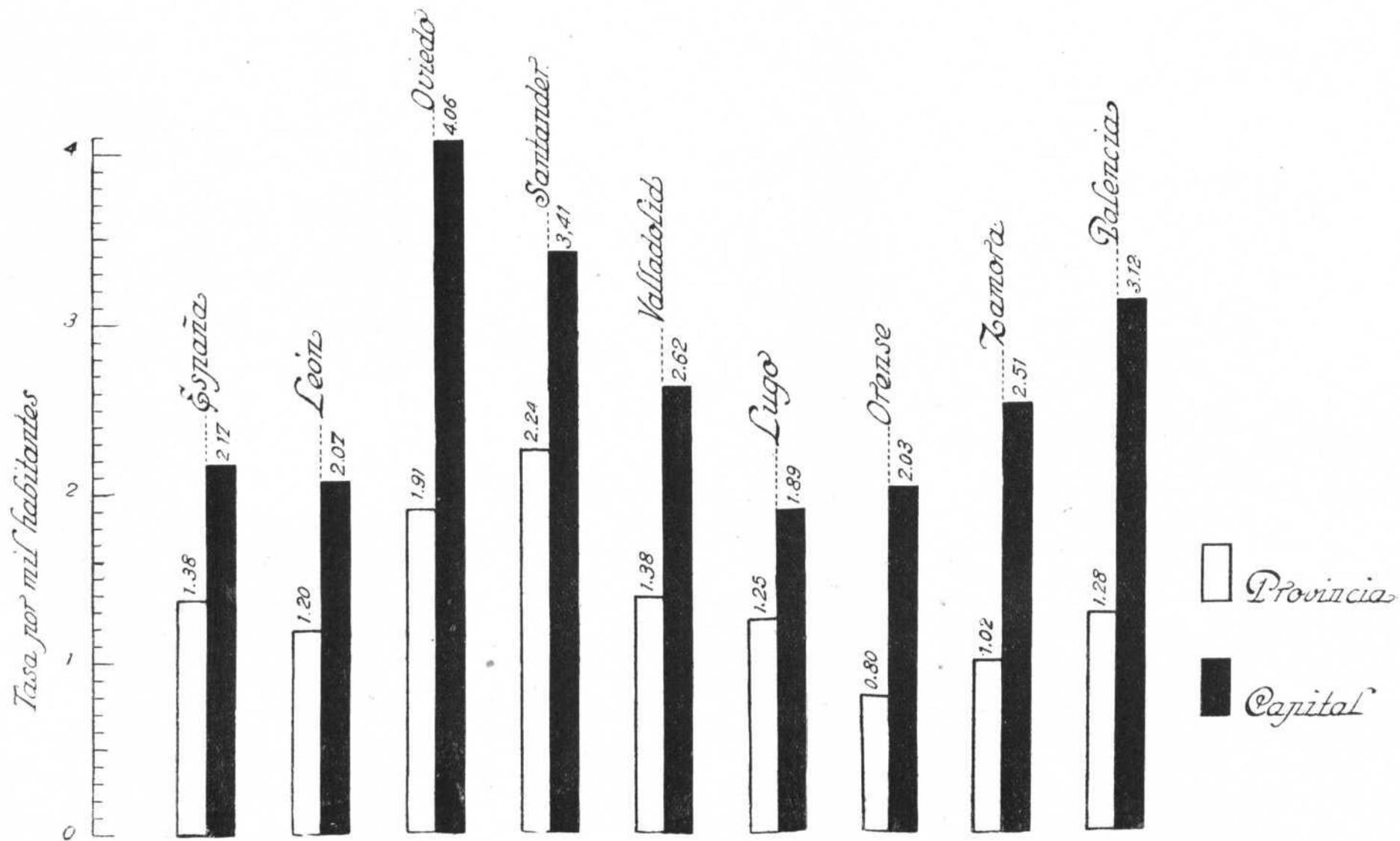
En este punto concreto de la disminución de la cifra global de mortalidad por tuberculosis existe unanimidad casi absoluta. La realidad lo evidencia, guardando al parecer estrecha relación con los progresos de la civilización. Aun cuando pueda parecer paradójico, la civilización facilitó la expansión de la tuberculosis, y la misma civilización, con su mejoramiento social y hasta con sus refinamientos colectivos (mejora de la alimentación, higienización de la vivienda, prácticas sanitarias, etc.,) ha contribuido a rebajarla.

Por lo que afecta a nuestra provincia, la disminución de la

Estudio comparativo del porcentaje, de disminución de tasas por mortalidad general y por tuberculosis en España, León, Oviedo, Santander, Zamora, Orense y Lugo durante los años 1925 a 1933 (base trienio 1925 a 1927)



Mortalidad por tuberculosis en España y provincias que se citan (capital y provincia) durante los años 1925 a 1933. (Tasa por 1.000 habitantes)



tuberculosis (mortalidad), conforme puede observarse en los gráficos núms. 4 y 6, parece evidente, aun cuando la baja no sea de las más notorias de la nación, a lo que no será ajeno el volumen tan nutrido que alcanza el grupo de las bronquitis agudas, id. crónicas, neumonías y otras afecciones del aparato respiratorio que sin duda alguna, a medida que la perfección diagnóstica va encajando en la provincia, pasan a incrementar la rúbrica de tuberculosis y en cambio restan volumen al grupo en el que figuraban mal encajadas.

Por el estado de este gráfico bien podemos sacar la consecuencia de que León empezó a beneficiarse del declinamiento de la mortalidad por tuberculosis, antes que la lucha antituberculosa, dentro de la provincia, se encauzara por derroteros esencialmente científicos. Este criterio no hace más que corroborar las observaciones bien meditadas que tantos autores han aportado al hacer coincidir el declinamiento de la peste blanca con una época anterior a los descubrimientos de Koch y de Villemin. Algo parecido a lo que nos enseña la historia de la lepra.

Concretando nuestro estudio a León y provincias limítrofes, observamos un hecho paradójal, cuya explicación bien pudiéramos encontrarla en la orientación científica del diagnóstico.

Observando el curso de la tuberculosis en las distintas provincias apuntadas, gráfico núm. 5, se observa una mayor intensidad por mortalidad tuberculosa en las provincias de Santander y Oviedo, que precisamente son llamadas por su potencia económica, su elevación cultural media y la prodigalidad de medios de lucha en funcionamiento, a figurar con cifras más bajas.

En orden lógico y sencillo de hechos, encontraríamos explicación fácil; la existencia en estas provincias de un mayor

volumen endémico tuberculoso determina la sobretasa. No vamos a negar esta influencia, que pudiera ser evidente, pero estudiando y razonando las cifras estadísticas, no contentándonos con su impresión numérica, y estableciendo comparaciones lógicas, hemos de poner en duda lo que de modo aparente pueden hacer suponer las cifras.

Sin negar por tanto la intensidad de la epidemia por tuberculosis en Santander y Oviedo, estimo no es muy inferior la de León y provincias limítrofes, en las que la rúbrica tuberculosis se encuentra enmascarada bajo los epígrafes de las bronquitis y otras afecciones del aparato respiratorio de carácter no específico.

Gráficamente, núm. 6, puede estudiarse la relación de volumen que guarda el grupo de tuberculosis con el grupo que en general podíamos denominar afecciones del aparato respiratorio no tuberculosas. Las provincias de Santander y Oviedo, con tasas elevadas de mortalidad por tuberculosis, figuran con cifras bajas en el otro grupo, e inversamente para el resto de las provincias.

¿No explican estos gráficos cómo a medida que se perfeccionan y se practican los medios diagnósticos (aquí incluyo personal y material), el volumen de tuberculosis declarada aumenta y el de las afecciones de tipo respiratorio no tuberculoso disminuye?

El siguiente cuadro, núm. II, expresa con toda claridad el fenómeno.

Resalta bien notoriamente las diferencias tan pequeñas entre la mortalidad por tuberculosis y el grupo de las afecciones del aparato respiratorio no específicas en las provincias con índice elevado por tuberculosis y por el contrario, diferencias

Relación entre el porcentaje por tuberculosis y bronquitis (índice 100) en España y provincias que se indican

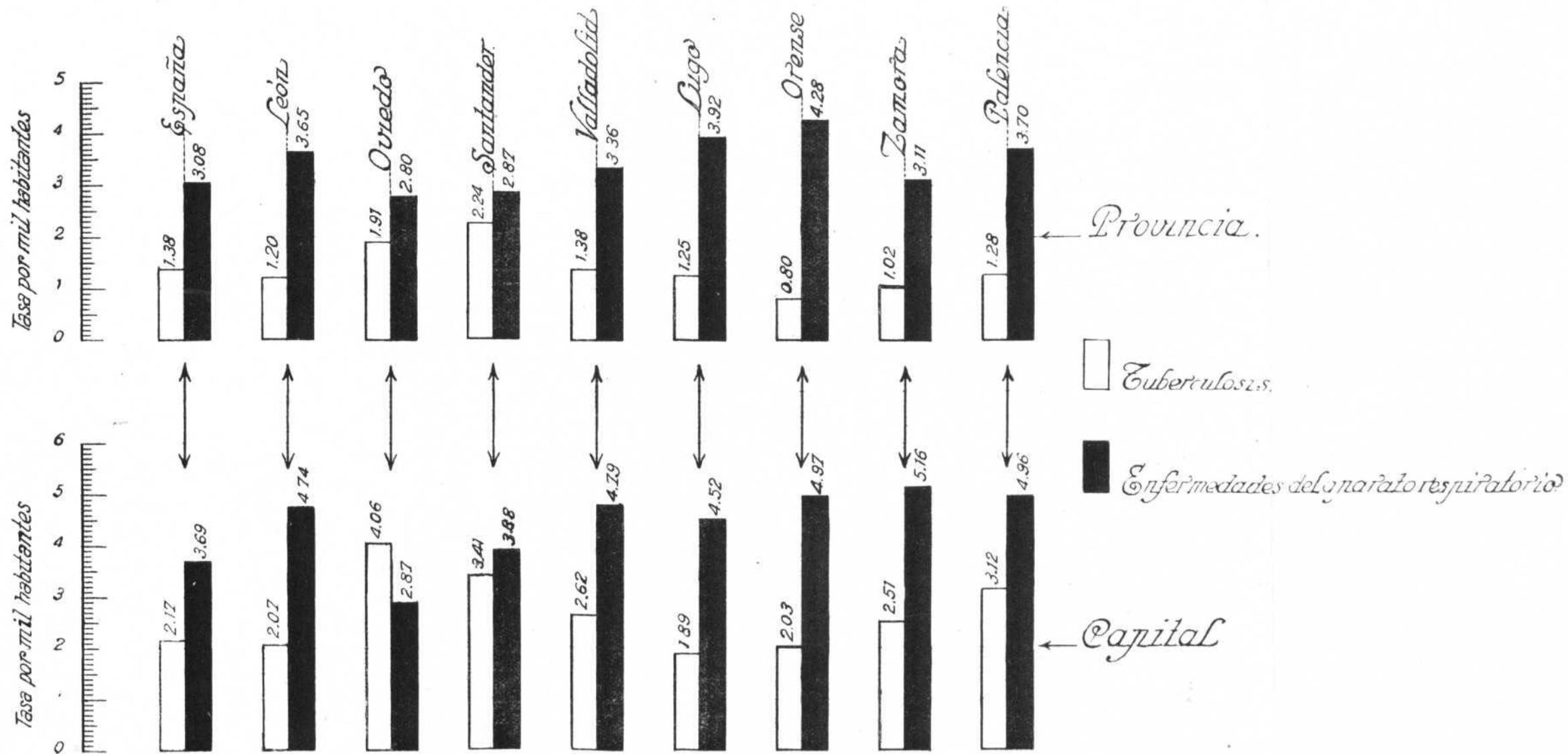
Quinquenio 1925 a 1929

	<u>Tuberculosis</u>	<u>Bronquitis</u>	<u>Diferencia en más de los bronquitis</u>
España	1,44	3,16	+ 1,19 %
León	1,25	3,67	+ 1,93 »
Santander	2,39	2,96	+ 0,23 »
Oviedo	2,04	2,84	+ 0,39 »
Lugo	1,29	3,86	+ 1,99 »
Orense	0,78	4,42	+ 4,66 »
Valladolid	1,45	3,60	+ 1,48 »
Zamora	1,10	3,12	+ 1,83 »
Palencia	1,35	3,65	+ 1,70 »
Badajoz	1,22	2,30	+ 0,88 »
Córdoba	1,27	3,35	+ 1,63 »
Sevilla	4,06	3,78	- 0,07 »
Huelva	1,79	2,08	+ 0,16 »

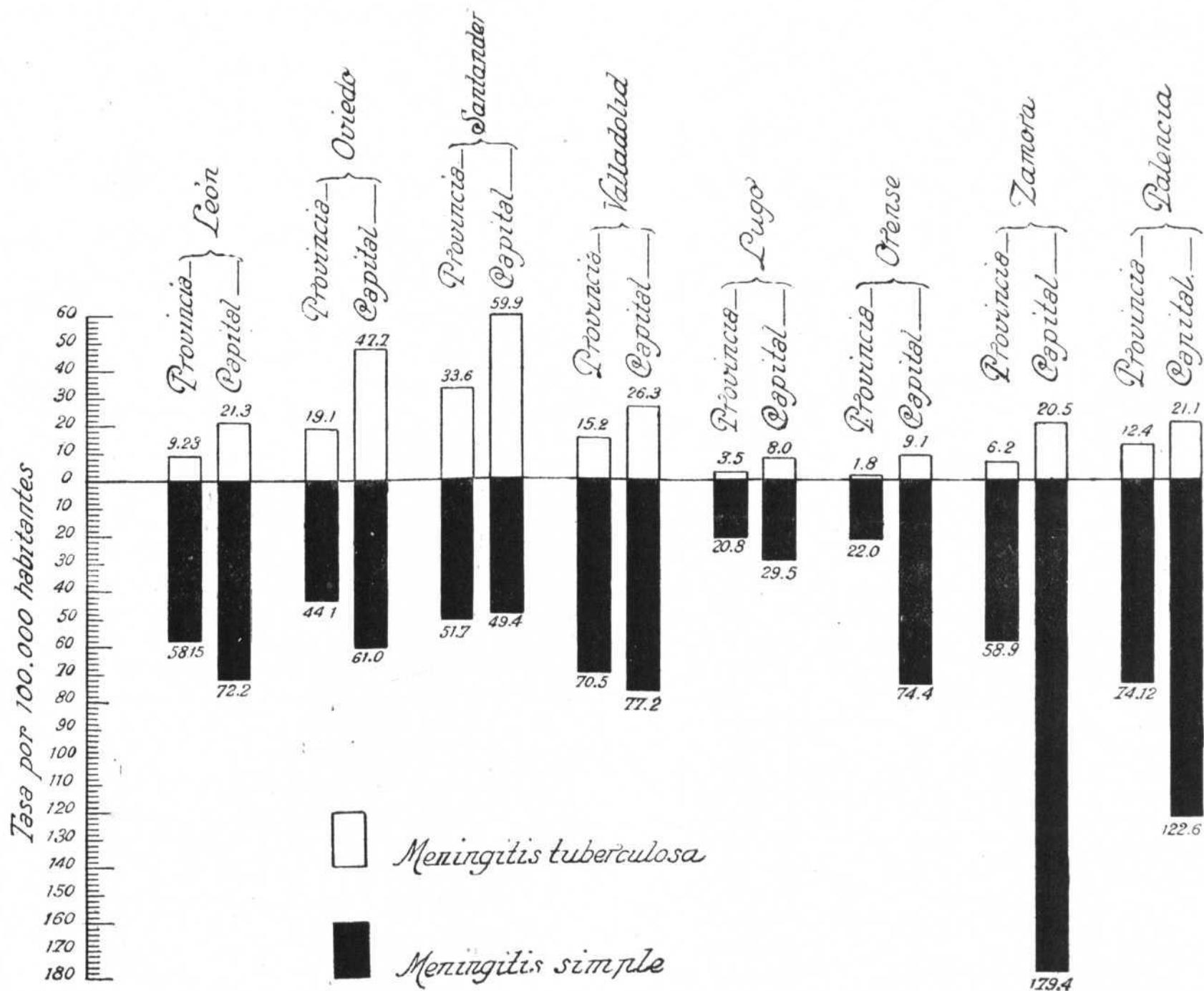
Quinquenio 1930 a 1934

	<u>Tuberculosis</u>	<u>Bronquitis</u>	<u>Diferencia en más de los bronquitis</u>
España	1,20	2,90	+ 1,41 %
León	1,09	3,53	+ 2,23 »
Santander	1,97	2,75	+ 0,39 »
Oviedo	1,67	2,63	+ 0,57 »
Lugo	1,16	3,98	+ 2,43 »
Orense	0,83	4,24	+ 4,10 »
Valladolid	1,26	3,42	+ 1,71 »
Zamora	0,90	3,11	+ 2,45 »
Palencia	1,16	3,72	+ 2,20 »
Badajoz	1,07	2,43	+ 1,27 »
Córdoba	1,07	3,04	+ 1,84 »
Sevilla	3,50	3,11	- 0,12 »
Huelva	1,69	2,09	+ 0,23 »

Gráfico comparativo entre la mortalidad por tuberculosis y la mortalidad por bronquitis aguda, bronquitis crónica, neumonía y otras enfermedades del aparato respiratorio. Año 1925 a 1933. (Tasa por 1.000 habitantes)



Tasas de mortalidad por meningitis tuberculosa y meningitis simple de la provincia de León y otras referida a 100.000 habitantes. Trienio 1925 a 1927 y 1928 a 1930



muy elevadas, en aquellas otras en que la tuberculosis oficialmente no tiene cifras bajas.

Ciertamente que las provincias costeras, manteniendo más estrecha y constante relación con países de mayor grado de tuberculización, tienen más facilidad para tuberculizarse, pero también es lógico pensar, dentro de un criterio epidemiológico, que estas provincias portuenses tienen que haber sufrido con anterioridad el comienzo de su tuberculización. El descenso de la curva de epidemización, a pesar del aporte de nuevos casos, debería ir en vanguardia.

Flatzeck-Hofbaner afirman que la altura y extensión de la curva de epidemización es obra del nivel sanitario de los pueblos, y hemos de reconocer que las provincias costeras, generalmente, presentan (y en este caso concreto lo afirmamos) un nivel sanitario que sobrepasa al de las provincias del interior. Esta característica constituye un argumento más en favor de nuestra tesis de no conceder valor absoluto a esas cifras comparativas que la estadística nos proporciona frente a la intensidad de la tuberculosis.

En orden a un aquilatamiento estadístico no se puede descuidar el factor diagnóstico preciso, que suma o resta valor al conjunto, desviando el verdadero sentido endémico de la infección.

Es también harto elocuente el estudio comparativo que en otros gráficos reproducimos, núm. 7, entre las cifras de mortalidad declaradas por meningitis tuberculosa y por meningitis, no sé por qué razón llamada simple. Las provincias de Santander y Asturias tienen cifras altas de mortalidad por meningitis tuberculosa y comparativamente muy baja por meningitis simple, a la inversa del resto de las provincias objeto de nuestro estudio. Completemos este dato precisando que León,

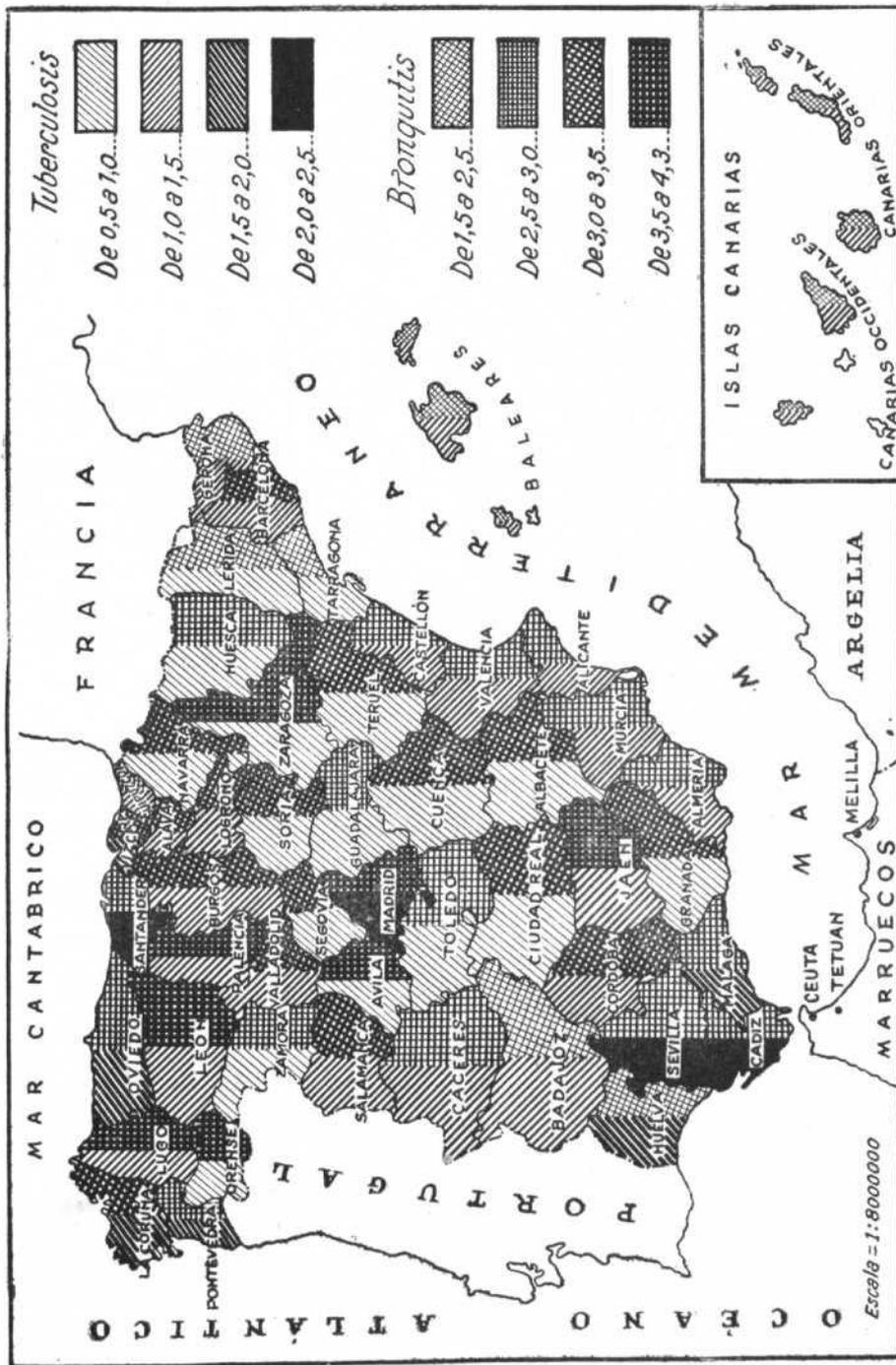
al igual que Asturias y Santander, son provincias en las que la explotación ganadera vacuna tiene gran importancia, y que la emigración hacia América ha sido intensa

Nadie que discurra razonablemente puede ignorar que la perfección y puesta en práctica de medios diagnósticos trae consigo un aumento en la declaración de casos específicos, sea de la enfermedad que fuere. Ejemplo bien demostrativo lo tenemos en la lucha contra el cáncer, hoy incomparablemente orientada en relación a épocas no muy pretéritas, y en la que a pesar del armamento técnico y terapéutico (personal y material) organizado, la mortalidad sigue incrementándose, y aparte de la natural influencia que pueda derivarse de una mayor elevación del tipo medio de vida, hemos de reconocer la realidad de una baja evidente y una fingida elevación, consecuencia del mayor número de casos que se diagnostican y que antes catalogábamos en otros epígrafes por deficiencia en los métodos y en el concepto del cáncer.

Mi criterio se inclina en el sentido de poder explicar las cifras bajas de mortalidad tuberculosa en León y muchas de las provincias de España, no en la rareza de la infección, sino a errores en la clasificación específica y que las provincias de Santander y Oviedo, con anterioridad tuberculizadas, no deben realmente tener una cifra tan alta con relación a León, máxime si consideramos que el aporte ultramarino de fuentes de contagio verificado con ritmo más o menos constante, y muchas veces muy pasajero, se da en León agravado por la cantidad de enfermos asturianos, gallegos y montañeses que acuden a nuestra provincia guiados por la terapéutica climática, que hasta no hace muchos años constituía el único y supremo recurso curativo recomendable.

No nos es tampoco dable admitir una influencia decisiva del clima y altitud sobre el desarrollo de la curva endemo-

Mortalidad por tuberculosis y grupo de bronquitis en el decenio 1925 a 1934 en España (provincias) TASA por 1,000 HABITANTES



epidémica tuberculosa. El impresionante derrumbamiento del factor climático no nos permite aquilatar su ajustamiento, si bien tampoco creo prudente admitir su total falta de relación, como por algunos se pretende.

Pecará de temerario quien intente sentar conclusión alguna definitiva sobre la influencia lumínica cuando tanto preocupan y se debaten los estudios un tanto pretéritos, hoy resucitados, de Tappeiner y Jodlabauer (4) sobre la acción foto-dinámica o de foto-sensibilización de la luz solar que bien pudiera influir, bajo la acción de determinadas substancias, en sentido desfavorable sobre la reactivación o estímulo orgánico.

Nuestra recopilación estadística llega a la demostración en las provincias estudiadas, de que la mortalidad por tuberculosis es más elevada en las Capitales que en las zonas rurales. El gráfico núm. 6 lo señala, estando en oposición con el criterio sustentado por Chodzko (5) que afirma la preferencia de la tuberculosis por la población rural.

Quizá esta desviación desfavorable de la tuberculosis hacia las capitales sea también más aparente que real. No perdamos de vista que trabajamos en los estudios estadísticos, a menos en España, con cifras de defunciones en las que no se especifica más que el hecho de la defunción en sí, sin aquilatar procedencia del fallecido. Por otra parte las Capitales juegan el papel de zonas de concentración hospitalaria provincial, siendo a su vez donde radican los facultativos especializados y donde se llega a un grado mayor de aquilatamiento y refinamiento diagnóstico.

(4) Tappeiner y Jodlabauer: Die sensibiliter LW Wirkung fluorese Leipzig 1907.—Tappeiner, Erg der Physiologie, t. VLLL 190. — Hausmann, Fortschr. d Naturwiss, t. VI y Lichtbiologie u. Lichtpathologie Berlin-Viena 1923.

(5) Chodzko, Bulletin Office International d'hygiene publique. Enero 1932.

Seamos sinceros en apreciar que estudiando el caso desde un punto de vista esencialmente epidemiológico hemos de convenir que la vida rural reúne condiciones más apreciadas para que la tuberculosis prenda con mayor facilidad, de acuerdo con la afirmación de Chodzko. La alimentación deficiente, en calidad y cantidad, la vivienda antihigiénica, la carencia de todo hábito de limpieza, el abuso del alcohol, etc., son rasgos esenciales de nuestros ambientes rurales que constituyen base predisponente muy favorable para el desarrollo de la tuberculosis en la campiña rural.

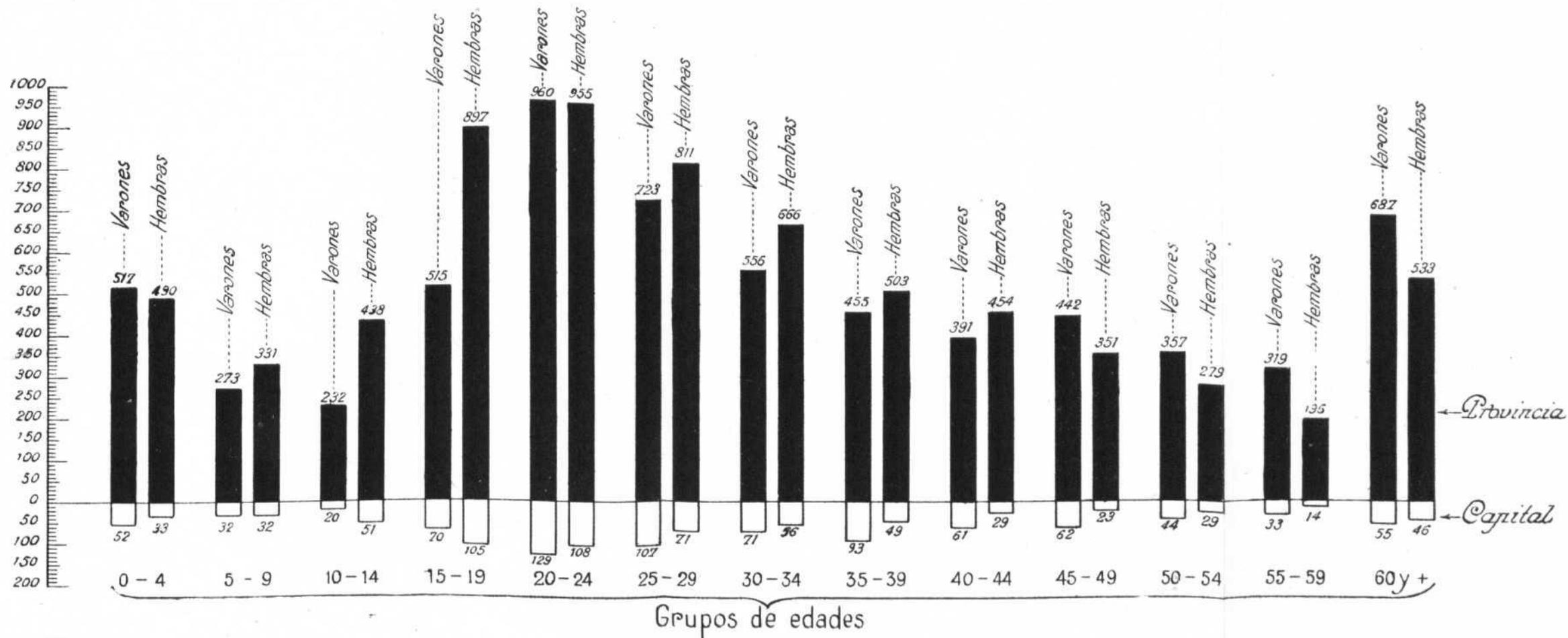
Para el estudio de la distribución por sexos y edades de la tuberculosis en la provincia de León, hemos conseguido reunir datos que abarcan el período comprendido entre 1910 y 1932.

La mortalidad se encuentra aumentada en la provincia para el sexo femenino (+ 7), y en la Capital para el masculino (+ 22), siguiendo con ello un rumbo distinto de la mayoría de las provincias españolas, en las que prevalece lo mismo en la ciudad que en el campo la mortalidad para el sexo masculino.

La distribución de la mortalidad por tuberculosis, por grupos de edades, gráfico núm. 8, hace resaltar la preponderancia de la mortalidad para el sexo femenino en casi todos los grupos excepto en los comprendidos entre uno a nueve años y en los correspondientes de cuarenta y cinco a sesenta.

La participación activa que presta la mujer en las faenas del campo, en una región eminentemente agrícola y ganadera, y por el contrario la escasez de industrias a que tiene acceso en la capital, pudiera ser una explicación de la preferencia que por el sexo femenino y determinada edad tiene la tuberculosis en el campo y su tendencia opuesta en la Capital, donde apenas la mujer se aparta de su sentido doméstico.

Distribución de la mortalidad por tuberculosis por grupos de edades y sexos en León (capital y provincia) durante los años 1910 a 1932



Teniendo en cuenta las características apuntadas sobre el estado actual del problema tuberculoso en la provincia de León, pongamos ahora de relieve brevemente la organización pretérita, presente y la que se precisa para el porvenir, en la provincia.

Con fondos especiales (festivales, subvenciones, etc.), intentamos la puesta en marcha de un Dispensario modesto a base del concurso desinteresado de varios Médicos incorporados a las consultas propias de la especialidad. Fué una obra meritoria por el esfuerzo personal pero pobre en eficacia sanitaria al limitarse forzosamente a una prueba diagnóstica y pocas veces terapéutica dados los escasos recursos disponibles.

Nuestro empeño por la organización antituberculosa, la necesidad obligada y quizá también la confianza que merecimos a la Superioridad, nos facilitó medios económicos para la construcción de un Dispensario Central que cubre por completo las necesidades de la Capital, no así las de la provincia, como luego expresaremos. En página aparte se exhiben unas fotografías de algunos de los servicios instalados.

Su labor no es propia de nuestro cometido que en apartado especial expone con cifras harto elocuentes que justifican la visión prevista del problema.

A este Dispensario Central hemos de añadir las dos consultas de fisiología anexas a los Centros Secundarios de Astorga y Villafranca del Bierzo, que si bien su personal no está esencialmente especializado, sí llena su cometido de orientación diagnóstica y en la terapéutica en cuanto afecta a la

parte de crisoterapia. La coordinación con el Dispensario Central completa la labor terapéutica y el aquilatamiento diagnóstico en los casos necesarios.

Conseguida la organización del Dispensario Central, ¿podemos considerar totalizada la lucha antituberculosa en la provincia? Rotundamente, no.

De una parte la extensión de la provincia, 15.971 kilómetros cuadrados, con una zona montañosa, y de otra la permanente entrada de enfermos de Asturias y Galicia principalmente, crea a la organización antituberculosa sus características particulares.

Apuntábamos en anteriores orientaciones, elevadas a la Superioridad, la conveniencia de organizar un equipo ambulante, de tipo polivalente (lo que los franceses llaman «consultations volantes»).

Considero un error práctico y económico la creación de equipos móviles dedicados a cada especialidad. Creo más eficaz y asequible a nuestras disponibilidades presupuestarias organizar uno de tipo polivalente que abarque Tuberculosis, Higiene Infantil, Escolar, etc., encauzado hacia el despistaje de enfermos, la vigilancia de esos mismos enfermos adscrita ya al Dispensario, y al mismo tiempo ampliar su labor con personal afecto a la organización infantil.

El ritmo económico del presupuesto sanitario limita esta modalidad de actuación que acariciamos para cuando nuevamente la Sanidad pueda desenvolverse dentro de amplitud presupuestaria aconsejable.

Baste hoy señalar que la pobreza de las gentes imposibilita frecuentes desplazamientos a la Capital, y por tanto la vigilancia necesaria.

Para aliviar en parte esta laguna de organización, de acuerdo con la Dirección del Dispensario antituberculoso, se han organizado las visitas periódicas a los enfermos de los pueblos, por Instructoras Sanitarias afectas al Dispensario y el envío de medicación gratuita a los Médicos Titulares para su empleo en los enfermos imposibilitados de traslado por dificultades económicas o por impedirlo su estado físico.

Tal vez hasta tanto pueda disponerse del equipo móvil fuera una solución provisional el facilitar a los enfermos pobres medios de transporte, y tal vez se intente este recurso independientemente o solicitando la ayuda económica de los Ayuntamientos interesados.

Claro es que la solución apuntada no llena en absoluto las necesidades de orden práctico. Siempre quedará el núcleo de enfermos en los que no sea posible su movilización.

Cualquiera que se halla preocupado un poco del problema de la profilaxis antituberculosa llega enseguida a la conclusión de que si el Dispensario es el órgano esencial, eje de la higiene social, necesita su complemento. Este complemento estriba en una serie de organismos graduales que en esencia buscan la prevención, el aislamiento o el tratamiento de la tuberculosis.

He aquí uno de los grandes defectos de nuestra organización antituberculosa y una de las causas de la desproporción entre el esfuerzo económico que realiza el Estado y el beneficio utilitario de orden social.

No olvidemos que sin la acción médico-quirúrgica, los Dispensarios pierden el mayor grado de utilidad y esto nos viene sucediendo en esta provincia, donde ni la Diputación tiene Hospital propio ni el Estado ha llevado a cabo su complemento.

Es lástima que las vicisitudes directoras hayan malogrado el plan sanatorial de España trazado por el Dr. Pascua, quien previo estudio de la sección correspondiente, atendió nuestra petición de construir un organismo sanatorial de tipo regional (Asturias-Galicia-León).

La elección de emplazamiento en esta provincia estriba en su situación fácilmente comunicable para Galicia y Asturias, y además, por sus condiciones climáticas. No es posible borrar, tan ligeramante como se ha pretendido, las excelencias tal vez exageradas de clima y altitud, en el tratamiento de la tuberculosis. Concedámosla su verdadero valor, y aun así, no creo se atreva nadie a dudar del privilegio de una altitud moderada, de un cielo despejado, de un grado de humedad bajo, etc., sobre otras zonas en donde se den opuestas características.

Ciertamente que el coste de construcción y sostenimiento de los Sanatorios obligan a la parquedad de su divulgación y este freno presupuestario nos lleva ahora a estar en condiciones de seguir la nueva orientación, sugerida por Besancon y Kisch de los Centros de Tratamiento, no basada fundamentalmente en ideas básicas del problema, sino además en el aspecto económico y tal vez en parte sugerida por el mayor volumen que viene adquiriendo el tratamiento ambulatorio de la tuberculosis.

Es una solución práctica y económica que prudentemente debería ensayarse a fin de completar la lucha antituberculosa hoy parcialmente organizada en la mayor parte de las provincias.

LABOR DEL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO CENTRAL

DR. F. GARCIA-LORENZANA

El Dispensario Antituberculoso de León comenzó su labor en el mes de enero de 1933, llevando, pues, en esta fecha más de 23 meses de funcionamiento. En estas condiciones nos parece oportuno exponer en esta modesta Memoria la labor realizada hasta fin de diciembre de 1934. Período que abarca dos años de trabajo ininterrumpido y que comprende toda la organización inicial y su desarrollo hasta este momento. El volumen de trabajo realizado ya merece la pena de ser estudiado, repasando absolutamente todo lo realizado y poder comenzar el año 1935 ya en pleno desarrollo, tratando de eludir aquellos inconvenientes observados, favoreciendo, por el contrario, el desenvolvimiento de todo lo que ha sido útil para el fin de la Lucha Antituberculosa, así como aquellas modalidades de organización que hemos establecido, adaptándonos al medio en que nos desenvolvemos.

El Dispensario Antituberculoso, instalado primeramente de manera provisional en el edificio del Instituto Provincial de Higiene, ocupa actualmente un edificio propio, construido *ad hoc*, lindando con el mencionado Instituto, en la calle de la Independencia. Edificio moderno, alegre, en el que domina la línea recta; construcción moderna de dos pisos y una terraza. Todo ello acogedor, limpio, simpático.

Su distribución se hace así:

Planta baja: Sala de espera
Secretaría
Sala de reconocimiento
Sala de rayos X
Cámara oscura; y
Ropero de enfermeras.

Primer piso: Consulta de otorrinolaringología, con su sala de espera

Quirófano

Dos habitaciones con dos camas cada una, para hombres y mujeres

Despacho.

Comenzó a trabajar el Dispensario solamente con el Director y una enfermera. Sin estar completada su organización fué prestándose asistencia a los enfermos que acudían. Al principio, con escaso volumen de trabajo, se desenvolvió fácilmente. Más tarde, con mayor desarrollo de actividad, pese a las grandes facilidades que en el Instituto de Higiene daba su Director, el Inspector Provincial de Sanidad, tropezábamos con alguna insuficiencia de local. Ya estaba en construcción el nuevo edificio contiguo, al que nos trasladamos en el mes de junio de 1934, y donde la amplitud e independencia de consultas, secretaría, etc., nos facilitan la labor dentro, claro es, de la intensidad de trabajo, que no puede compararse, de ninguna manera, con los Dispensarios de capitales importantes.

Es, pues, una modesta labor de ciudad de tercer orden, pero hecha con todo interés y máxima pulcritud, la que someto a la consideración del lector. En conjunto, dentro de los medios y ambiente en que nos desenvolvemos, tenemos la satisfacción de creer que hemos cumplido con nuestro deber y de haber contribuído con nuestro insignificante grano de arena al mejor éxito de la Lucha Antituberculosa de España. Los defectos de organización o de medios, su posible corrección por la experiencia adquirida y, como factor importantísimo, la adaptación al ambiente en que nuestro trabajo se desarrolla, nos han enseñado a conducir el Dispensario en el sentido del mayor rendimiento y pensamos que el camino recorrido nos ha de conducir a la meta.

Su primer Director, D. Antonio Damia Maiques, le dió el impulso inicial. Una comisión de servicio en el Dispensario de

Valencia, y posteriormente su excedencia voluntaria, le alejaron bastantes meses (entre estos 23 de actividad) de la cotidiana labor. Y hemos sido nosotros, nombrado Ayudante fisiólogo del Dispensario en abril de 1933, los que le hemos sustituido hasta el momento actual, que desempeña el cargo de Director interino del mismo.

Completa su personal con un Ayudante otorrinolaringólogo, nombrado en julio de 1933.

Dos Instructoras Sanitarias, una ya nombrada al comenzar a funcionar el Dispensario y otra que comenzó a prestar sus servicios en septiembre de 1933.

Varias señoritas, enfermeras asistentes, y algunos médicos y estudiantes de medicina, nos han auxiliado en nuestra labor. Hay que tener en cuenta que León no es centro Universitario y que ha sido en períodos de vacaciones cuando hemos disfrutado de estas colaboraciones, habiendo trabajado durante los meses de curso escolar, casi exclusivamente el personal oficial del Dispensario.

De esta manera, nosotros hemos debido cubrir todas las atenciones que requiere un enfermo. Desde que entra en la sala de reconocimiento para ser explorado, hasta realizar todos los reconocimientos periódicos y familiares, todas las punciones de neumotórax o las exeresis del frenico. Excepto los tratamientos quimioterápicos, que realizan las Instructoras Sanitarias, por carecer de practicante, todo debe pasar por nuestras manos.

Así pues, queda a cargo de las Instructoras la confección de la ficha clínica, las visitas domiciliarias, contribuir a la práctica de la vacunación por el B. C. G., los tratamientos médicos y la obtención de radiografías, que deben realizar también, por carecer de radiólogo.

El laboratorio del Instituto de Higiene nos facilita la investigación de aquellos datos bacteriológicos y hematológicos necesarios para el total estudio del enfermo.

ORGANIZACION DE TRABAJO

La organización de trabajo se hace de la siguiente manera: Comienza a las nueve y media de la mañana, en que las Instructoras Sanitarias realizan su peculiar labor social de visitas domiciliarias y de vacunación por el B. C. G., hasta las once y media. A esa hora, en el Dispensario y hasta la una y media, se realizan los tratamientos calciterápico y auroterápico, además de la obtención de radiografías y los trabajos de laboratorio.

Por la tarde, a las cuatro, comienza la admisión de enfermos nuevos, a los que se les hace la ficha completa, cuya tarea se realiza de cuatro a cinco. De cinco a seis, se admiten los enfermos antiguos para reconocimiento periódico y las investigaciones familiares.

Comienza, pues, la labor médica a las cinco de la tarde, durando aproximadamente hasta las ocho de la noche. En este tiempo se ven todos los enfermos a los que realmente no hemos sentido la necesidad de distribuir en horas distintas, dado que el volumen de trabajo de este Dispensario hace perfectamente compatible este sistema.

Al final de la consulta se admiten los enfermos que, vistos en días anteriores, ha de disponérseles tratamiento, y ya con todos los datos completos, establecer diagnóstico. Asimismo se recibe después a familiares de enfermos o a estos mismos que desean informarse de su estado. Rara vez se cierra el Dispensario antes de las ocho y media de la noche.

Los martes, jueves y sábados, a las nueve y media de la mañana, se realizan los tratamientos colapsoterápicos por neumotórax, admitiendo los enfermos citados previamente, a los que se debe reinsuflar. Asimismo, en lunes, miércoles o viernes, a las nueve de la mañana, se realizan frenicectomias, cuando éstas deban practicarse.

El Dispensario está abierto todos los días laborables, habiendo realizado, pues, una labor ininterrumpida desde que empezó a funcionar. No suspende su actividad siquiera los días últimos o primeros de mes, ya que nos hemos propuesto darle la máxima continuidad en la labor, habiéndonos permitido hasta ahora hacer compatible la labor clínica y social con el tiempo necesario para los trabajos de estadística mensual, que comienzan el último día de mes y quedan finalizados en un par de sesiones. Tampoco suspende su labor los sábados por la tarde. Solamente, pues, está cerrado los domingos y determinados días festivos.

De acuerdo con la Inspección Provincial de Sanidad y con su colaboración, esta Dirección estableció las visitas domiciliarias fuera de la capital, ya que el número de enfermos sometidos a la acción del Dispensario y residentes en la provincia es lo bastante grande para merecer este trabajo.

Distribuída la provincia en distintas zonas que abarcan varios pueblos, fácilmente comunicados entre sí, una Instructora Sanitaria dedica un día a recorrer la zona que corresponda, pudiendo, de esta manera, realizar hasta ocho o nueve visitas por término medio en cada salida, según la distancia de la capital y de los pueblos entre sí. Ese día no cuenta el Dispensario con el trabajo en el mismo de la mencionada Instructora.

Nos ha movido a establecer este servicio el considerar que la labor social cerca de estos enfermos quedaba absolutamente perdida por no poder ejercerla por los medios corrientes de locomoción usados en la capital y sus cercanías, considerando éstas a los barrios situados a menos de dos kilómetros de la capital y precisamente en un ambiente en que por idiosincrasia de los habitantes y medio miserable, la mayor parte, en que se desenvuelven, podía ser más beneficiosa nuestra influencia. Así tenemos:

Enfermos residentes en León o a menos de dos km.....	864
Enfermos residentes en la provincia, excepto la capital.....	335

No es posible realizar absolutamente todas las visitas en la provincia por varias razones, entre las que se encuentran la gran distancia a que se encuentran algunos pueblos, así como su inaccesibilidad en muchos casos. Así pues, por la gran extensión de esta provincia, algunos pueblos están a más de cien kilómetros de la capital. Por otra parte, en su Norte, comprende gran parte montañosa, que en invierno y con grandes nevadas, se hace casi impracticable, incluso para los pueblos situados en la misma carretera, durante algunas épocas. Pero no solamente es esto, sino que determinados pueblos alejados de la carretera y con malos caminos vecinales o aun sin ninguno, hace que sea totalmente imposible a la Instructora Sanitaria llegar hasta ellos. Incluso en verano, necesitaría en esta zona dedicar varios días para recorrerla, haciendo uso de primitivos medios de locomoción, en que, partiendo de un punto estratégico, dedicara un día en llegar a uno o dos pueblos. No obstante, estas Instructoras, en pleno cumplimiento de su deber, ponen todo su empeño y buena voluntad en llegar a todos los sitios y solamente ante la absoluta imposibilidad de realizar su cometido, por las causas mencionadas, se renuncia a ello.

Previo repaso del fichero y agrupados los pueblos próximos entre sí, se comprende una zona que ha de ser recorrida en un día, comprendiendo esta jornada desde las ocho y media de la mañana, hasta las ocho de la noche. Se procura hacer un recorrido circular, con objeto de evitar el paso dos veces por el mismo punto, después de cumplida allí su misión, y de esta manera se comprende el mayor número de pueblos en estos viajes. La Inspección Provincial de Sanidad nos facilita el medio de locomoción.

Este procedimiento para hacer llegar la acción del Dispensario a los pueblos, se instauró en el verano de 1934, ante la necesidad en que nos encontrábamos de completar los datos sociales de gran cantidad de enfermos tuberculosos en la provincia.

Así, se han hecho las siguientes visitas domiciliarias:
Visitas en León y sus cercanías, a menos de dos km..... 1.107
Visitas en la provincia, excepto la capital y cercanías..... 68

De esta manera, desde hace unos meses hasta la fecha, se han realizado ocho salidas. Se han visitado en total 45 pueblos, comprendidos en seis zonas o distritos. Estas zonas no se han dispuesto siguiendo ninguna organización establecida, sino que se ha tenido en cuenta únicamente la mayor utilidad del viaje y buscando el menor recorrido en kilómetros en que se comprendieran el máximo de pueblos, en los cuales el Dispensario tiene enfermos.

Por este procedimiento no solamente la Instructora realiza su labor social, sino que el efecto moral sobre el enfermo al ver que el Dispensario se preocupa de él, es absolutamente favorable, sino que además supone una labor de captación, absolutamente beneficiosa para la Lucha Antituberculosa. Tenemos la satisfacción de decir que ni el menor incidente ha entorpecido este trabajo. Los médicos titulares han sido magníficos colaboradores en esta misión, y las familias han aceptado esta visita Dispensarial con la mayor satisfacción.

Respecto a los enfermos residentes en Astorga o Villafranca del Bierzo, que poseen Centros Secundarios de Higiene Rural, el Dispensario solicita su cooperación para que la Instructora Sanitaria, afecta a estos Centros, haga las visitas correspondientes y nos remita su ficha social completa.

Por otra parte, mantenemos estrecha relación con el Dispensario Antivenéreo y el de Higiene Infantil, afecto al Instituto de Higiene, que nos envían sus enfermos en cuanto tiene la sospecha de que se trata de alguna lesión tuberculosa.

Asimismo realizamos la Inspección Médico-Escolar, en la que se relaciona con Pecho. Los niños que encontramos con lesiones tuberculosas, son asimilados al Dispensario, que se encarga de vigilarles y tratarles, considerándoles como los demás enfermos del mismo. De estos niños, disponemos que que-

den en observación gran cantidad de ellos, por considerar que están infectados sin enfermedad, pero que por el estado general, anamnesis, temperatura, imagen radiológica, ambiente en que se desenvuelven, etc. debemos tenerles en vigilancia durante algún tiempo.

De la investigación realizada durante el curso escolar, se nutren las colonias escolares que, al llegar el verano, han de ir a la playa o a la montaña, siendo nosotros los que hemos de hacer la distribución correspondiente, ateniéndonos al número de plazas que fija la Inspección de 1.^a Enseñanza.

Esta Inspección Médico-Escolar comenzó a funcionar el día 18 de mayo de 1933. Desde esta fecha hasta el 31 de diciembre de 1934, hemos obtenido el siguiente resultado:

Niños reconocidos	1.323
Enfermos de pulmón	12
En observación	384
Sanos	927

Esto, claro es, en lo que se refiere a tuberculosis de pulmón, pues las otras afecciones de aparato circulatorio o respiratorio que, asimismo, investigamos, no se hacen constar aquí. Quiero únicamente hacer contar aquí, que entre estos niños de las escuelas de León, encontramos un porcentaje de enfermedades circulatorias de 11,71 por 100, cifra muy interesante, pero que será objeto de otro trabajo. No obstante, exceptuando el número de niños en observación, hay una respetable diferencia de porcentaje sobre los enfermos tuberculosos.

TRABAJO REALIZADO

El Dispensario lleva, pues, hasta 31 de Diciembre de 1934 562 días de trabajo. En este tiempo se han hecho los siguientes servicios:

Enfermos nuevos.	1.199
Reconocimientos periódicos	694
Reconocimientos familiares.	737
Radioscopias.	3.942
Radiografías.	1.116
Análisis de esputos.	1.006
Análisis de sangre.	2.351
Tuberculino-reacciones.	169
Análisis de orina.	168
Inyecciones.	6.640
Punciones de neumotorax.	539
Frenicectomias	9
Visitas domiciliarias.. . . . ,	1.175
Consultas de garganta..	607
Total de servicios.	<u>20.352</u>

Corresponde, pues, al día un término medio de 36 servicios, que se distribuyen así:

Reconocimientos clínicos.	5	aproximadamente
Exámenes radiológicos (radioscopias y radiografías).	9	»
Exámenes de laboratorio.	6	»
Tratamientos médicos y colapsoterápicos.	13	»
Visitas domiciliarias	2	»

Como se comprende esto está englobado, habiendo aumentado extraordinariamente los servicios durante el año 1934, habiendo sido los primeros meses de funcionamiento, lo que hace que la proporción sea algo baja.

El Dispensario se nutre, en cuanto a la concurrencia de los enfermos, de las siguientes fuentes:

Presentados espontáneamente	1.017
Enviados por Médicos.	141
Enviados por las enfermeras.	31
Procedentes de Sanatorios.	4
Procedentes de otros Dispensarios.	6

El número de enfermos nuevos, exceptuando los familiares, es de 1.199. De éstos, encontramos que son tuberculosos 335. Hallamos, pues, un porcentaje de reales tuberculosos de 27,93 por 100.

Los enfermos se distribuyen así, por edades y según sean hombres, mujeres o niños, así como sean o no tuberculosos:

Edades	H O M B R E S			M U J E R E S		
	Tuberc.	Dudosos	No tuberc.	Tuberc.	Dudosos	No tuberc.
0 a 1	0	0	0	0	0	0
1 a 2	0	0	2	1	0	13
2 a 6	21	2	7	14	1	8
6 a 12	29	7	23	22	4	28
12 a 18	18	9	36	19	7	36
18 a 26	59	21	92	47	25	102
26 a 50	66	24	169	28	23	143
más de 50	9	5	28	2	4	45
Totales.	202	68	357	133	64	357

En resumen tenemos:

Tuberculosos.	335
Dudosos.	132
No tuberculosos.	732

Los enfermos tuberculosos, a su vez, se distribuyen conforme a diagnósticos de la siguiente manera:

Infiltraciones primarias y secundarias	40
Tuberculosis ganglionar intumesciente	43
Diseminaciones hemáticas	28
Infiltrados agudos sin reblandecimiento.	18
Diseminación miliar crónica.	9
Tuberculosis productiva sin bacilos	56
Tuberculosis productivo-cirrótica sin bacilos.	19
Infiltrados agudos reblandecidos y sin siembra.	10
Infiltrados agudos reblandecidos y con siembra.	14
Tuberculosis exudativas.	15
Tuberculosis productivo-cirrótica con bacilos.	19
Tuberculosis productivo-cirrótica con focos exudativos.	34
Tisis cavernosa grave	19
Tuberculosis residual activa.	11
Total.	<u>335</u>

Deducimos, pues, que los enfermos se presentan en cuanto al momento evolutivo de sus lesiones, de la siguiente manera:

Con lesiones iniciales	79
Con formas clínicas establecidas o en evolución.	222
Incurables.	34
	<u>335</u>

Observamos aquí cómo los enfermos en situación de gravedad grande se abstienen en su mayoría de concurrir al Dispensario, lo cual si bien por sí mismo este enfermo apenas interesa, sí es de extraordinario interés la situación de los conviventes, sus familiares, a quien puede haber contagiado.

Nuestro ambiente de desenvolvimiento, nos ofrece una dificultad respecto a esta cuestión. Si bien respecto a su ficha social, los enfermos de la provincia son atendidos desde este punto de vista por las Instructoras Sanitarias, que se desplazan a los pueblos, no es posible muchas veces conseguir que los familiares de enfermos, por residir a gran distancia de la capital o por insuficiencia de medios económicos, concurren al Dispensario para ser reconocidos, siendo esta una la-

guna importante, que no tendría más solución que poder disponer de un aparato de rayos X transportable, para a la vez que hace la Instructora su labor, poder hacer estos reconocimientos familiares a domicilio. Sin embargo tampoco es tan sencillo el problema, pues gran número de pueblos, aunque poseen luz eléctrica, ésta sólo se logra de noche. No obstante, ante la función de Sanidad que este trabajo supone y conseguida luz para esta función, no tiene solución en los pueblos que carecen de ella.

Así, pues, los reconocimientos familiares realizados se distribuyen así:

Tuberculosos	28
Dudosos	183
No tuberculosos . . .	526

Los reconocimientos periódicos se llevan con bastante regularidad, ya que el volumen de enfermos nuevos no es excesivo y los permite vigilar bien a los que están en tratamiento.

El tratamiento forma parte de la misión del Dispensario, ya que los tratamientos ambulatorios son seguidos muchas veces de éxito, sin que al enfermo se le obligue a abandonar a la familia y casi siempre el trabajo necesario para su sustento, especialmente en la clientela Dispensarial, sin medios económicos la mayor parte de las veces ni siquiera suficientes para el normal transcurrir de su vida. Por otra parte, los tratamientos colapsoterápicos por neumotorax, hoy, aun realizados casi exclusivamente solamente por los medios dedicados a las actividades fisiológicas, vienen a llenar una absoluta necesidad, en la labor del Dispensario. El esterilizar un enfermo es ganar para la causa antituberculosa un valioso baluarte.

La auroterapia, que usamos asimismo corrientemente en el tratamiento de los enfermos, especialmente de los necesitados, no la hacemos toda en el Dispensario. La adaptación al medio nos ha obligado a instituir algunos tratamientos en la residencia del enfermo, contando con la colaboración del médico. Algunos enfermos de fuera de la capital a quienes sus dificult-

tades económicas les impiden hacer viajes regulares cada semana para inyectarse, así como los que residen a distancias importantes y en los que interesa no interrumpir el reposo para hacer viajes largos algunos hasta de 150 kilómetros y más, muchas veces incómodos, ya que hasta salir al lugar de paso de los automóviles de línea han de caminar alguna distancia, colaboramos con su médico para que sea éste el que le inyecte. En ambos casos, y siempre en circunstancias de necesidad, el Dispensario suministra el oro al médico para esta misión. De esta manera el enfermo solamente ha de venir al Dispensario cada dos meses aproximadamente, para ser reconocido y disponer nuevamente la dirección del tratamiento.

De esta manera tenemos:

Número de enfermos en tratamiento por oro. . .	88
Enfermos que hacen el tratamiento en su residencia, bajo la dirección del Dispensario. . .	25

No ocurre lo mismo con el tratamiento por neumotorax, cuyos enfermos, por las razones apuntadas antes, han de acudir forzosamente aquí para ser reinsuflados. Esto quizá haga que desde el punto de vista teórico limite un poco este tratamiento en los enfermos de fuera de la capital; sin embargo, he de decir que nosotros no hemos encontrado grandes dificultades, y estos sujetos acuden regularmente ante el convencimiento de que es el tratamiento que requiere su estado lesional. A veces, claro es, surge el mismo problema que con los enfermos de oro; sin embargo, como es menor el número de indicaciones de neumotorax, dada la proporción en que se presentan en su situación lesional, por ahora no ha habido grandes dificultades. No obstante, algún caso hemos tenido en que, por grandes distancias (he de recordar que en esta provincia hay pueblos que están situados a más de 150 kilómetros), no era posible el viaje regular, hacer, siempre dentro de un minimum de indicaciones, la exeresis del frenico, para salvar esta dificultad y poder tratar al enfermo.

Enfermos tratados por neumotorax.	29
Enfermos que tiene en marcha su neumotorax.	16
Punciones realizadas	539
Frenicectomias	9

De estas 9 frenicectomias se han hecho la mayor parte una vez ya acondicionados en el nuevo edificio, habiéndose, pues, realizado 7 en el último semestre, si bien las dos restantes se han practicado en el año 1933, por plena indicación de la intervención, habiendo salvado a base de voluntad las naturales dificultades de no estar perfectamente acondicionados. si bien tuvimos la satisfacción del éxito.

El curso que han seguido los enfermos así tratados se reparte de la siguiente manera:

Mejorados	157
Estacionarios.	84
Empeorados.	19

Han sido bajas en el Dispensario por:

Fallecidos.	26
Desaparecidos por cambio de residencia o por no volver	111
Ingresados en hospitales.	10
Ingresados en Sanatorios.	6
Curados.	20
No tuberculosos.	780

PERSONAL

Dr. D. José Vega Villalonga	Inspector Provincial de Sanidad
Dr. D. Antonio Damia Maiquez	Ex-Director
Dr. D. Felipe García-Lorenzana	Director Interino y Ayudante Tisiólogo
Dr. D. Félix Rodríguez Fernández	Otorrinolaringólogo
D. ^a Elena Gómez Argüello	Instructora Sanitaria
Srta. Eugenia Bullón Ramírez	Instructora Sanitaria

Han colaborado además con nosotros, asistiendo al Dispensario durante algunas temporadas, los siguientes señores y señoritas:

D. Fernando González Vélez	Inspector Municipal de Sanidad de Santa Marina del Rey
D. Genadio Núñez Antón	Inspector Municipal de Sanidad de Cacabelos
D. Juan del Río Alonso	Médico residente en León.
D. César Alonso Delás	Comandante Médico
D. Juan Valderrama	Capitán Médico
D. Luis de Castro	Médico. Ex-interno de Patología General de la Facultad de Me- dicina de Valladolid
D. Luis Viñuela	Estudiante de Medicina
D. Jesús Arias	Estudiante de Medicina
Srta. Aurelia G. Llovet	Actualmente Instructora Sanita- ria del Centro Secundario de Vallecas
D. ^a María Gómez Argüello	Actualmente Instructora Sanita- ria del Dispensario Antituber- culoso de Oviedo
Srta. Juana López	Actualmente Instructora Sanita- ria del Dispensario Antituber- culoso de Orense
Srta. Carmen Ovejero	Asistente al Dispensario actual- mente
D. ^a Concepción González	Asistente al Dispensario
Srta. M. ^a de la Concepción Ureña	Asistente al Dispensario

En cursos organizados por la Inspección Provincial de Sanidad a los Médicos Inspectores Municipales de Sanidad, ha colaborado el Dispensario con conferencias, habiéndose dado las siguientes;

Patogenia de la Tuberculosis Pulmonar
Tratamiento médico de la Tuberculosis Pulmonar
Tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis Pulmonar
Mecanismo de la infección tuberculosa
Lucha Antituberculosa

Además se han celebrado varias sesiones clínicas sobre exploración de enfermos, interpretación radiológica, práctica de neumotorax y frenicectomias.

TRABAJOS DEL DISPENSARIO

Dr. Felipe G.^o Lorenzana:

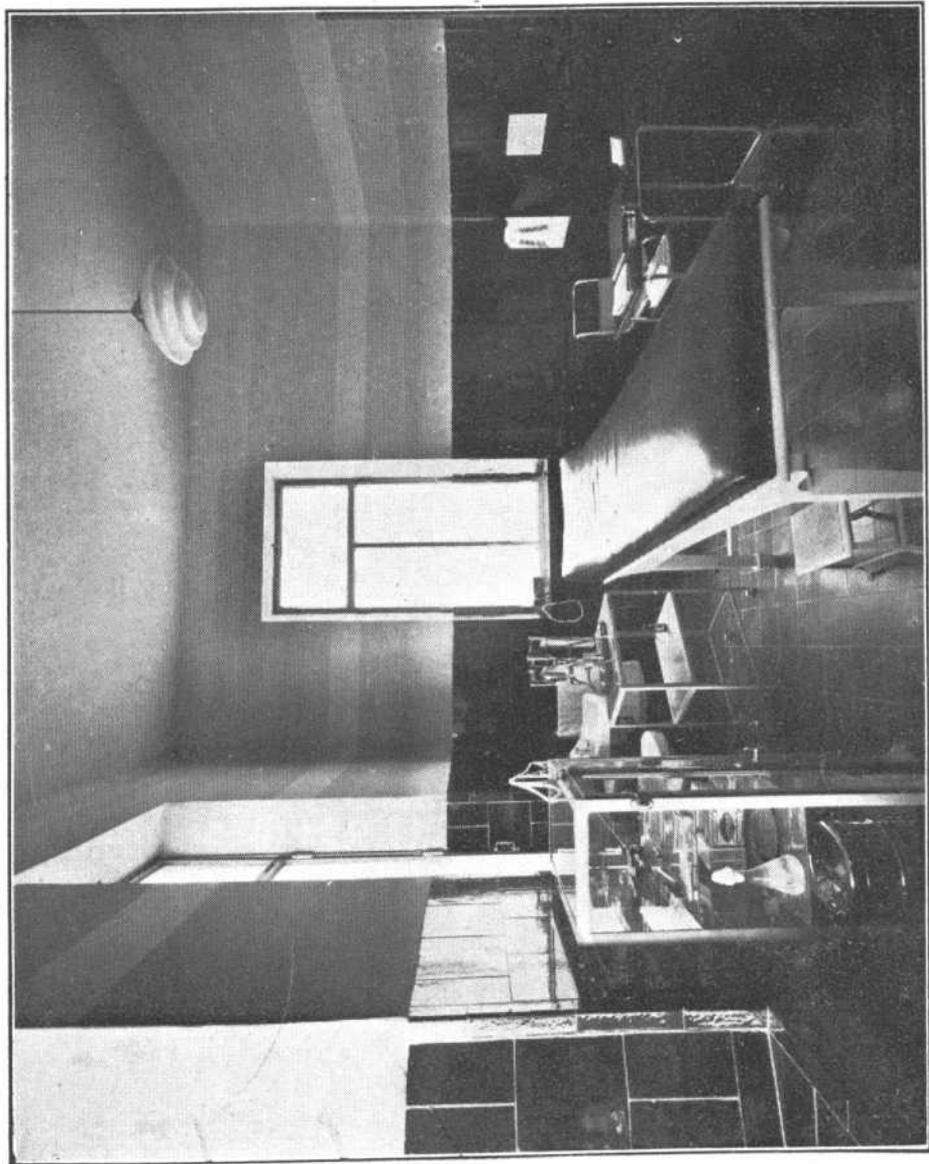
Lóbulo azigos y tuberculosis	Medicina Ibera, 2 Sepbre. 1933
Dispensario Antituberculoso	Memoria de la Inspección Provincial de Sanidad. Año 1933
Inspección Médico-Escolar	Memoria de la Inspección Provincial de Sanidad. Año 1933
Imágenes radiológicas pulmonares de evolución fugaz y estacionaria	Revista Clínica Castellana. Agosto 1934

Dr. Félix Rodríguez:

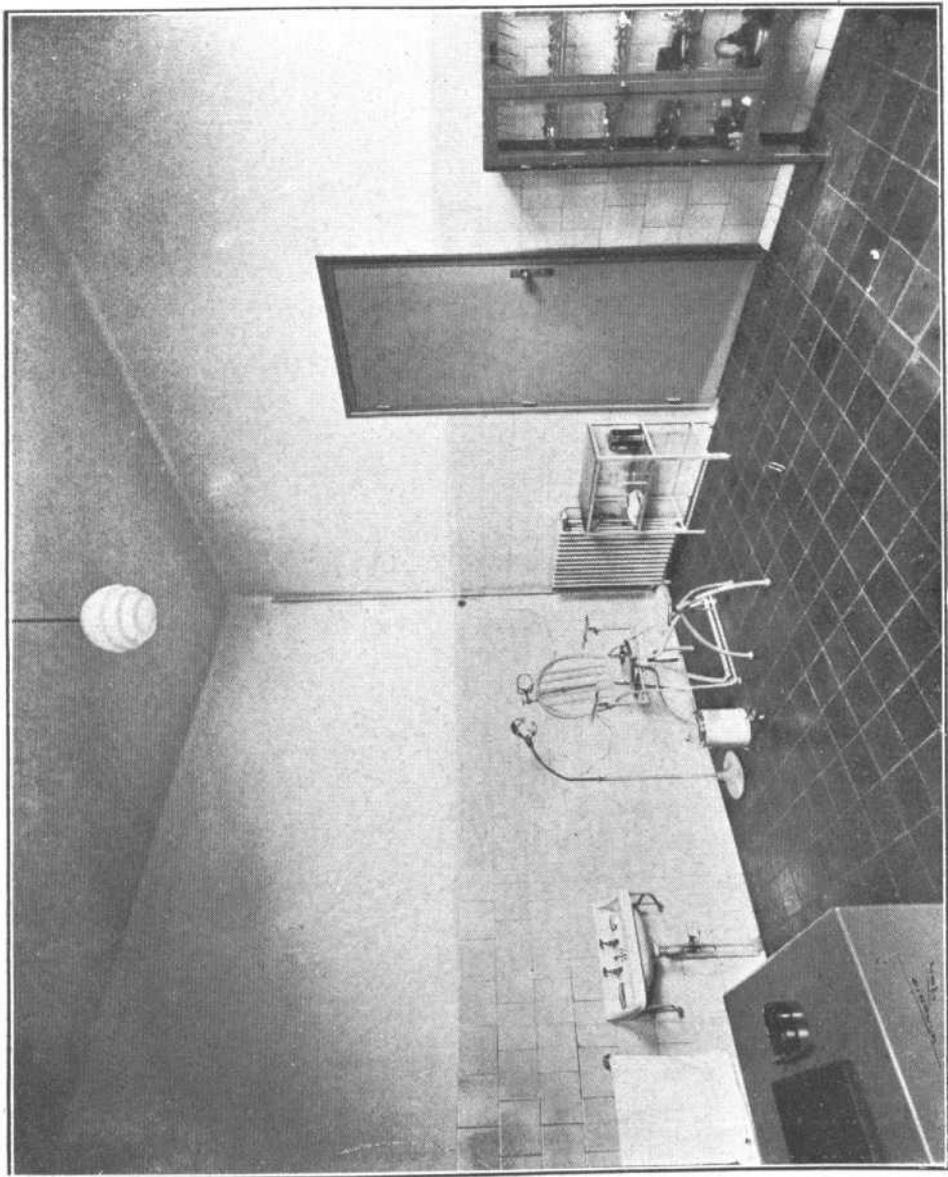
Lipiododiagnóstico intrabronquial	Comunicación al Ateneo Médico Leonés. Diciembre 1934
-----------------------------------	--

ERRATA

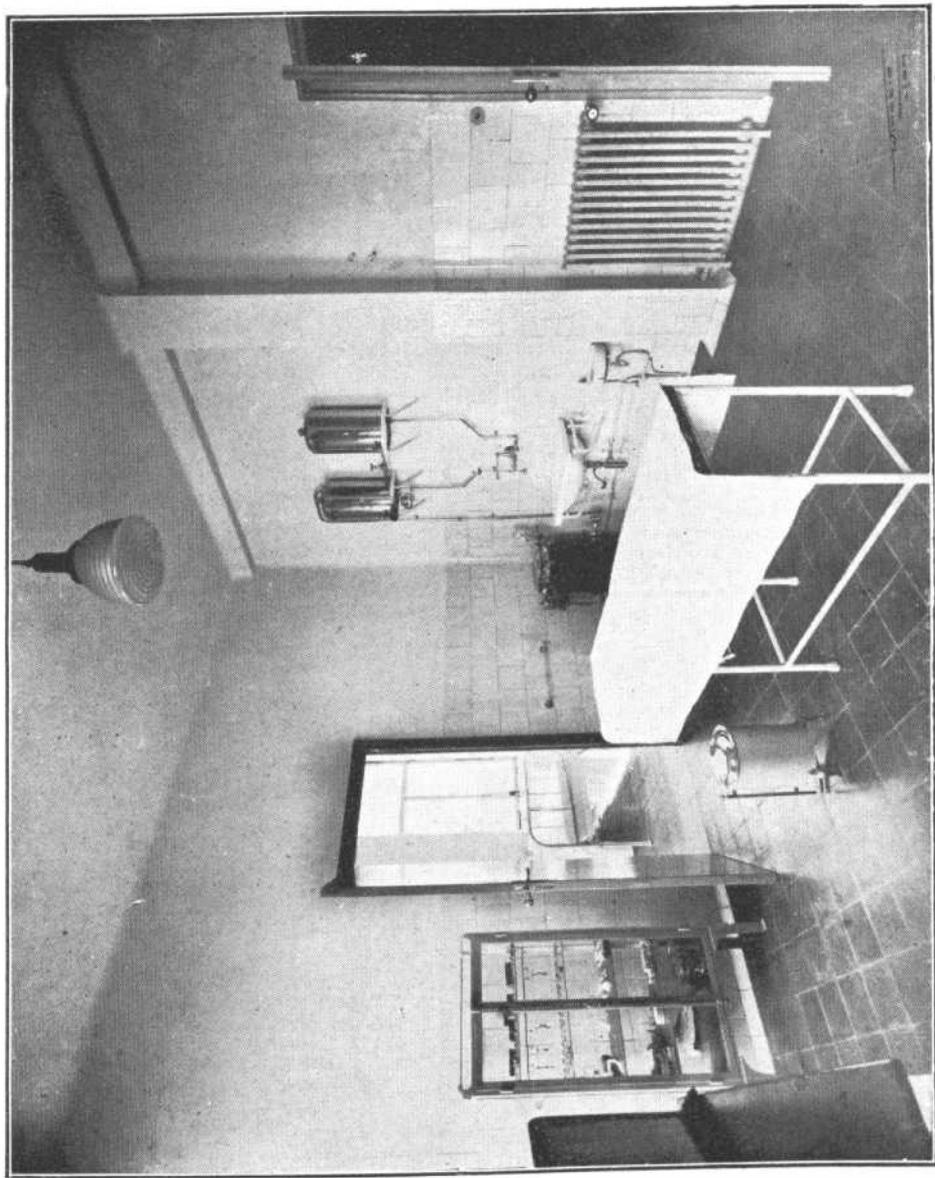
En la página 10, en el cuadro por edades, correspondiente al total, en la casilla de mujeres no tuberculosas y dice 357, debe decir 375.



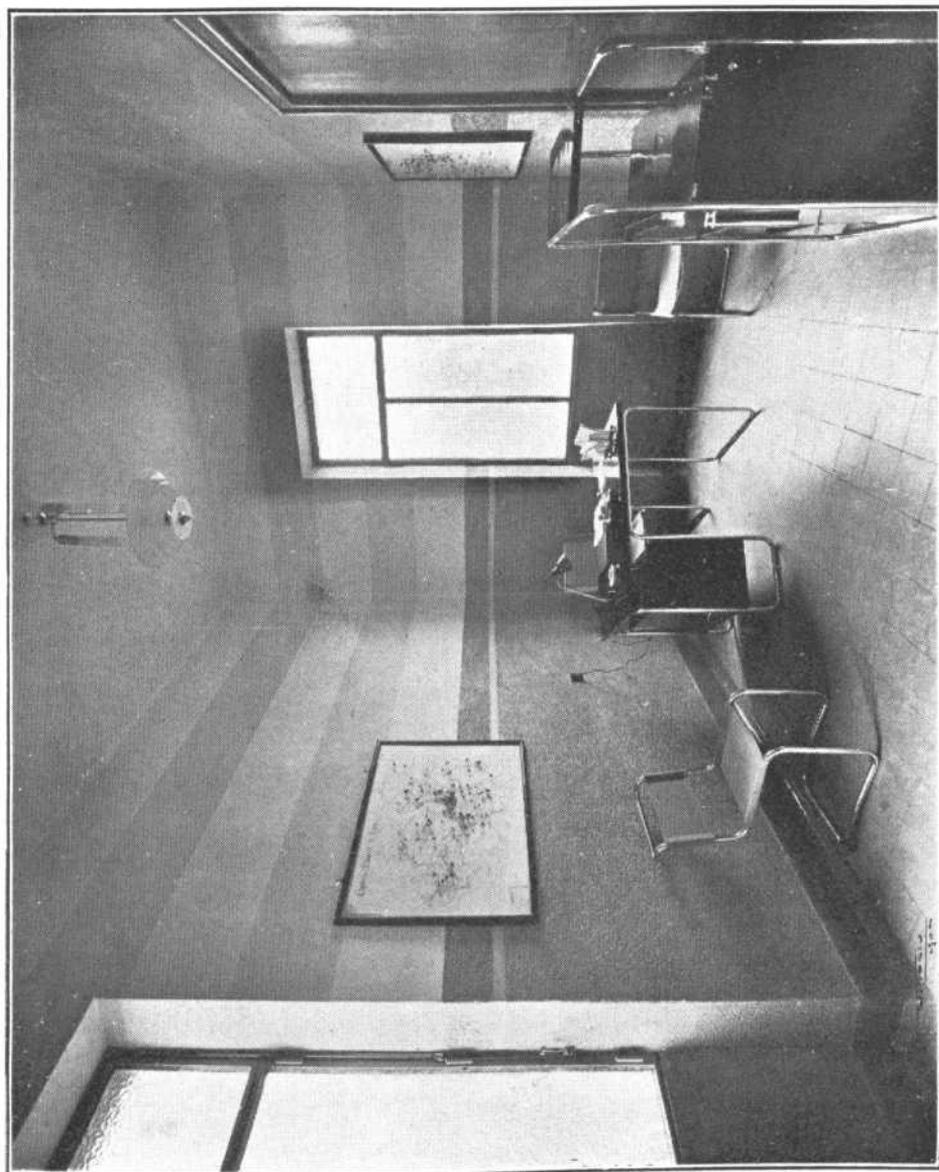
DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO. — SALA DE RECONOCIMIENTO



DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO - Consulta de Otorrinolaringología



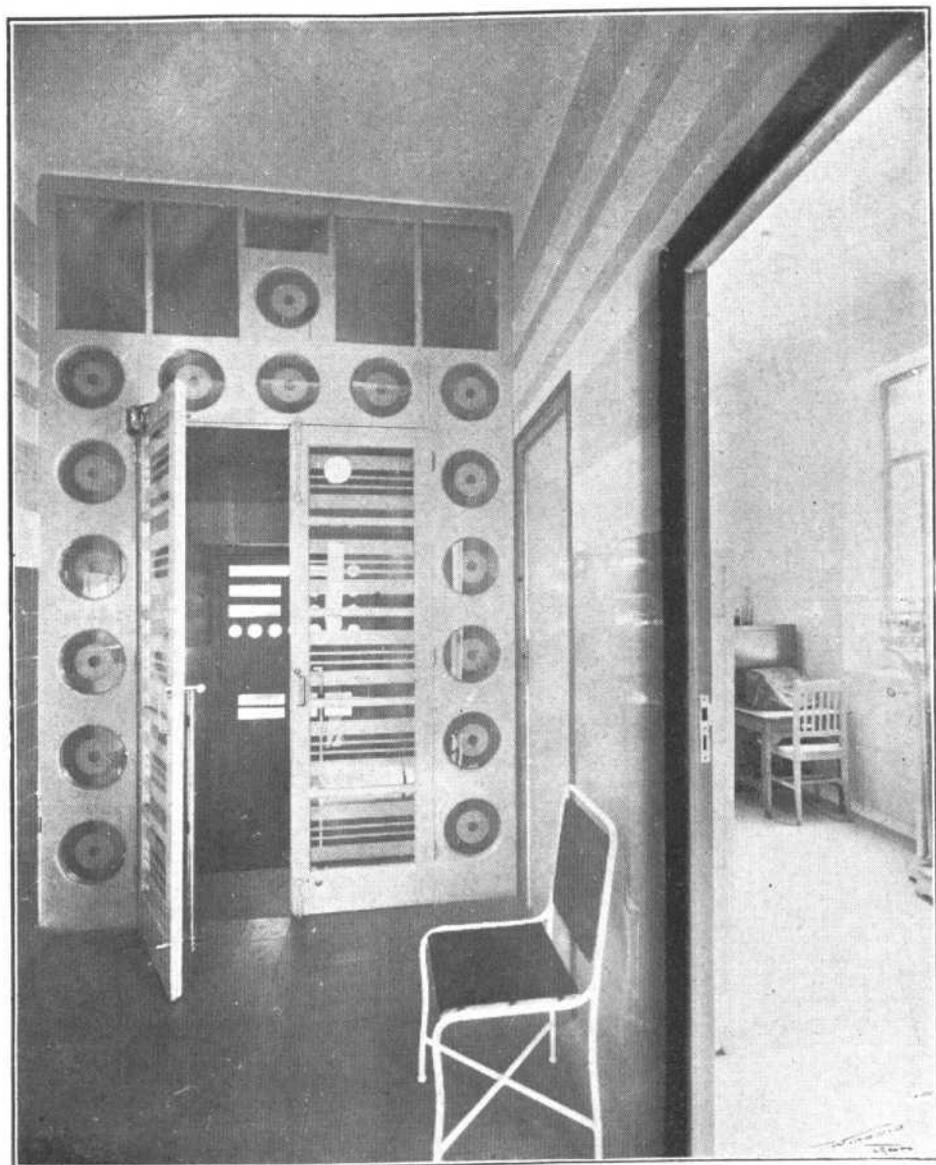
DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO. — SALA DE PNEUMOTORAX



DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO. — DIRECCION



DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO. — Escalera principal



DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO. — SECRETARIA



